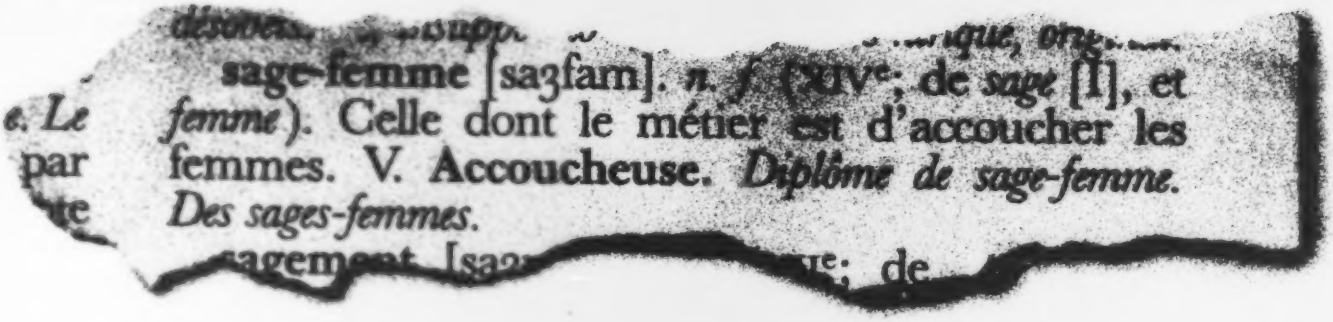
désobéiss... ...supp... ... ...rique, ère...
sage-femme [saʒfam]. *n. f.* (XIV^e^; de *sage* [I], et *femme*). Celle dont le métier est d'accoucher les femmes. V. **Accoucheuse.** *Diplôme de sage-femme. Des sages-femmes.*
...sagement [saʒ... ...ue; de
e. *Le*
par
te

SYNTHÈSE ET SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE SUR L'INTÉGRATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN ONTARIO

1987

Ontario

Shop Canadian
Magasinons à la canadienne

Task Force on the Implementation of Midwifery

Groupe de travail sur la profession de sage-femme

14th Floor, 700 Bay Street
Toronto, Ontario
M5G 1Z6
416/965-5094

Monsieur Murray J. Elston
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Monsieur Greg Sorbara
Ministre des Collèges et Universités
101, rue Bloor ouest, 13e étage
Toronto (Ontario)
M5S 1P7

Messieurs,

Conformément à l'article 9 de la Loi sur le ministère de la Santé, L.R.O de 1980, chap. 280, nous avons le plaisir de vous soumettre le rapport du groupe de travail sur la profession de sage-femme en Ontario.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments très distingués.

Mary Eberts, présidente

Alan Schwartz, vice-président

Rachel Edney, membre

Karyn Kaufman, membre

Synthèse du rapport

du Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario

Nomination du Groupe d'étude

Le 23 janvier 1986, Monsieur Murray Elston, ministre de la Santé de l'Ontario, annonçait l'intention du gouvernement de «faire de la profession de sage-femme un élément reconnu du système de santé de l'Ontario» et de réglementer l'exercice de cette profession. Il annonçait la création d'un Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario, chargé de lui présenter, ainsi qu'à Monsieur Greg Sorbara, ministre des Collèges et Universités, des recommandations sur :

- l'exercice de la profession de sage-femme en Ontario,
- la formation des sages-femmes,
- les règles d'admission, la compétence, la déontologie et la discipline de la profession,
- l'exercice à titre de praticiennes indépendantes ou l'intégration à un service structuré,
- le cadre matériel de prestation des services et
- les rapports optimaux entre sages-femmes et médecins.

Plusieurs facteurs ont suscité la décision d'accorder la reconnaissance juridique à la profession de sage-femme. Depuis quelque temps, on observe un intérêt croissant envers cette profession en Ontario. Certaines femmes ont le sentiment que les soins de maternité sont devenus le fief de spécialistes, en majorité masculins, les obstétriciens, qui considèrent la grossesse et l'accouchement comme des situations pathologiques en puissance. Elles sont persuadées que des sages-femmes leur prodigueraient des soins dans une perspective plus «globale», en considérant la grossesse et l'accouchement comme des situations normales et en accordant toute l'importance voulue à leurs besoins psychologiques et sociaux, et que la fréquence des interventions césariennes s'en trouverait réduite. Il y a également de plus en plus de sages-femmes exerçant en Ontario et elles font de plus en plus entendre leur revendication de reconnaissance auprès du gouvernement et du public. L'attention du public a été attirée sur la profession de sage-femme (et sur la question distincte de l'accouchement à domicile) en 1985, lors de l'enquête suscitée par la mort, dans l'île de Toronto, d'un petit garçon de deux jours mis au monde par une sage-femme. Le jury du coroner avait alors recommandé qu'on accorde la reconnaissance juridique à la profession de sage-femme et qu'on l'intègre au système de santé.

Tout cela témoigne du regain d'intérêt pour les sages-femmes partout en Amérique du Nord et des nouvelles idées sur les soins de maternité qui règnent actuellement dans beaucoup de pays industrialisés.

Le travail du Groupe d'étude

Le Groupe d'étude s'est renseigné sur l'exercice de la profession de sage-femme au Canada et à l'étranger, sur la conception qu'ont de l'intégration des sages-femmes dans le système de santé les intéressées elles-mêmes ainsi que les autres prestateurs de soins de santé de la province et, enfin, sur la perception qu'a le public de ses besoins.

Nous nous sommes longuement entretenus avec les responsables d'organismes représentant le corps médical, les infirmiers/infirmières, les hôpitaux, les enseignants des sciences de la santé et les sages-femmes, et nous avons tenu des audiences publiques à Toronto, Ottawa, Hamilton, Windsor, Kingston, London, Thunder Bay, Dryden et Sudbury. Nous avons reçu des mémoires émanant de plus de 500 groupes de femmes, d'associations de consommateurs et de personnes s'exprimant à titre personnel. Nous avons rassemblé une importante documentation sur la profession de sage-femme et certains aspects des soins de maternité. Pour établir les ressources en Ontario, nous avons fait effectuer deux enquêtes, l'une sur les infirmières, l'autre sur les sages-femmes exerçant actuellement leur profession en dehors du système de santé officiel.

Les membres du Groupe d'étude ont visité des écoles et des consultations de sages-femmes et ont rencontré les responsables des ordres des sages-femmes au Danemark, aux Pays-Bas, en Angleterre, en Écosse, au Pays de Galles et aux États-Unis. Nous avons voulu aller voir ce qui se passait, à la fois dans des pays où les sages-femmes exercent leur profession de façon indépendante et y ont une compétence clairement définie au sein du système de santé, et dans des pays où les sages-femmes n'arrivent pas à exercer leur pleine compétence et voient leur statut menacé ou encore mal reconnu. L'observation des réussites et des échecs dans ces pays nous a guidés dans le choix des mesures à recommander en Ontario.

Le système actuel de soins de maternité

Le système actuel de soins de maternité étant le cadre d'intégration de la profession de sage-femme, il méritait un examen approfondi. Actuellement, une femme enceinte en Ontario est quasi certaine d'être sous les soins d'un médecin pendant sa grossesse et lors de son accouchement. Alors qu'auparavant ce médecin était le plus souvent le médecin de famille, il s'agit aujourd'hui plutôt d'un spécialiste en obstétrique et gynécologie. En 1985-86, 31,5 pour cent de tous les accouchements ont été faits par des omnipraticiens, 67,3 pour cent par des obstétriciens. Si d'une part il y a une plus grande proportion (43,9 pour cent) des accouchements par les voies naturelles sans intervention instrumentale qui sont faits par des omnipraticiens, il n'en reste pas moins que 55,7 pour cent de ceux-ci sont pratiqués par des obstétriciens, spécialistes des grossesses à haut risque et des accouchements compliqués.

Les infirmières jouent divers rôles au cours des étapes successives du cycle de la maternité. Celles qui travaillent dans le cabinet d'un médecin l'aident à donner les soins pré- et post-natals. Les infirmières hygiénistes donnent des cours prénatals, aident les femmes ayant une grossesse à haut risque à obtenir les soins nécessaires et font des visites post-natales à domicile. Les infirmières travaillant en milieu hospitalier donnent des soins aux femmes pendant le travail, pendant l'accouchement proprement dit et après l'accouchement.

Bien que depuis plus d'un siècle, en Ontario, la profession de sage-femme soit privée de reconnaissance juridique, les sages-femmes n'ont jamais disparu et elles continuent d'exercer à l'heure actuelle dans la province. Il existe plusieurs catégories de sages-femmes. D'après l'enquête menée pour le compte du Groupe d'étude par Norpark Computer Design Inc., une cinquantaine de sages-femmes exercent actuellement en Ontario hors du système de santé officiel. En milieu hospitalier, on en trouve dans les hôpitaux Chedoke-McMaster d'Hamilton, dans le cadre d'un projet-pilote mené conjointement par les hôpitaux et la faculté des sciences de la santé de l'université McMaster. Des infirmières fonctionnaires du gouvernement fédéral donnent des soins pré- et post-natals complets aux

femmes autochtones du Grand Nord et les accouchent en cas d'urgence. Bien que ces infirmières ne soient pas reconnues comme sages-femmes, la formation que certaines possèdent dans ce domaine est considerée comme extrêmement précieuse.

Les taux de mortalité périnatale et maternelle ont enregistré une baisse spectaculaire en Ontario au cours des 35 dernières années. Ils sont comparables ou inférieurs à ceux de bien d'autres pays industrialisés. Cependant, les taux d'interventions césariennes et instrumentales sont beaucoup plus élevés que dans de nombreux pays européens. Il est extrêmement difficile de juger du degré de satisfaction des femmes vis-à-vis du système actuel de soins de maternité.

Principes directeurs

Pour établir nos recommandations, nous nous sommes laissé guider par six principes clés :

1. La protection du public

Les femmes et leurs bébés doivent être protégés contre la pratique d'accouchements par des personnes incompétentes exerçant sans contrôle.

2. La demande des intéressées

Les femmes en Ontario ont recours aux services des sages-femmes parce qu'elles les jugent parfois mieux adaptés que ceux des médecins. Pour répondre à cette demande, le système doit prévoir une continuité des soins tout au long du cycle de la maternité. Il faut que les sages-femmes soient en mesure de dispenser conseils, informations et soutien affectif. Il faut donc prendre des mesures pour permettre à la profession de sage-femme de répondre à l'évolution sociale.

3. L'autonomie

L'expérience à l'étranger prouve que les soins dispensés par les sages-femmes sont les plus efficaces lorsqu'elles ont le droit d'exercer de façon autonome leur pleine compétence et lorsque la profession de sage-femme possède un statut juridique indépendant. Les sages-femmes doivent avoir le droit d'assumer la responsabilité des soins qu'elles dispensent à leurs clientes et ne pas être restreintes au rôle d'infirmières ou d'aides-médecins.

4. L'intégration

Pour que les sages-femmes puissent dispenser des soins sûrs et efficaces, leur profession doit être complètement intégrée au système global de santé. Les sages-femmes doivent bénéficier d'une formation dans les mêmes établissements que les étudiants en médecine et en sciences infirmières. Les sages-femmes et les médecins doivent dispenser leurs soins en collaboration et les deux professions doivent contracter des accords collectifs sur certains points, notamment sur les mises en rapport et les consultations.

5. La crédibilité

Après tant d'années d'exclusion du système de santé officiel, les sages-femmes doivent regagner la confiance du public, des autres prestateurs de soins de santé et des conseils d'administration des hôpitaux. Aucune femme ne doit être obligée de recourir aux services d'une sage-femme plutôt qu'à ceux d'un médecin, mais les avantages des soins offerts par les sages-femmes ne doivent pas être compromis ni susciter d'appréhensions quant à leur sécurité, ni aucune confusion quant au rôle des sages-femmes.

6. L'appui des pouvoirs publics

Même aux Pays-Bas, où la profession de sage-femme est bien implantée et où les sages-femmes jouent un rôle de premier plan dans les soins de maternité, l'État juge nécessaire d'appuyer et de protéger la profession. Aussi, ici, en Ontario, où la profession de sage-femme doit être réintégrée, les pouvoirs publics doivent s'engager à allouer les crédits nécessaires pour assurer la formation des sages-femmes et la prestation de leurs services et à passer les lois nécessaires pour leur permettre d'occuper la place qui leur revient dans le système de santé.

Compétence des sages-femmes

Le Groupe d'étude recommande que l'Ontario adopte une loi sur les sages-femmes en vertu de laquelle leur compétence serait définie conformément à la définition internationale* qui suit :

> [la sage-femme] doit être en mesure de dispenser la surveillance, les soins et les conseils nécessaires aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, de procéder à des accouchements sous sa seule responsabilité et de dispenser les soins nécessaires au nouveau-né et à la mère. Ces soins comprennent les mesures préventives, la détection d'anomalies chez la mère et l'enfant, l'obtention d'assistance médicale et l'exécution de mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en matière de consultation et d'éducation sanitaires, non seulement auprès de ses clientes, mais également dans un cadre familial et social. Son travail doit englober l'éducation prénatale et la préparation à la parentalité ainsi que certains actes de gynécologie, planisme familial et puériculture.
>
> Elle peut exercer en milieu hospitalier, dans des dispensaires, des centres médicaux ainsi qu'à domicile ou dans tout autre service.

*Adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens et en usage par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Voici les responsabilités principales de la sage-femme :

- surveillance des grossesses normales
- dépistage des grossesses à risque
- conseils et informations à la femme enceinte
- soins à la parturiente et surveillance du foetus pendant le travail
- accouchements en cas d'expulsion spontanée par les voies naturelles

- examen et soins du nouveau-né
- soins et conseils à l'accouchée pendant la période post-natale et
- mesures d'urgence en cas de nécessité.

La sage-femme est une spécialiste des soins de maternité «normaux»; ses clientes sont principalement des femmes en bonne santé, dont la grossesse se passe bien et dont l'accouchement ne devrait présenter aucune complication. Cependant, à notre avis, les sages-femmes ne doivent pas être complètement exclues des soins aux femmes dont l'état nécessite l'attention de médecins, car certains services des sages-femmes, comme la consultation et l'éducation, peuvent très bien leur être utiles. Bien que dans certains pays les sages-femmes pratiquent certains actes gynécologiques, en dehors du cycle de la maternité, le Groupe d'étude n'a rencontré aucun argument en faveur d'un tel état de choses en Ontario.

La *Loi sur les sciences de la santé*, qui réglemente cinq disciplines, notamment la médecine et les sciences infirmières, prévoit un mécanisme de délégation de certains actes médicaux à des personnes qui ne sont pas médecins. À notre avis, il y a des actes étrangers à la compétence des sages-femmes qu'il peut être utile de leur confier, même après qu'un médecin a assumé la responsabilité des soins (nous pensons par exemple au dosage d'injections intraveineuses visant à stimuler le travail); il faut donc prévoir des dispositions permettant de déléguer de tels actes médicaux aux sages-femmes. Toutefois, il ne faudrait y recourir qu'avec modération, sous peine de voir les sages-femmes acquérir la maîtrise de la technologie médicale aux dépens de l'exercice des compétences cliniques qui leur sont propres.

Partout où nous avons mené l'enquête, les clientes des sages-femmes voient un médecin à certains moments de leur grossesse. À notre avis, deux visites médicales s'imposent, dans l'intérêt de la femme enceinte et du foetus, la première devant avoir lieu le plus tôt possible, la seconde entre la 32e et la 34e semaine. Ces visites doivent permettre, outre d'évaluer l'état de santé de la femme et la façon dont se présente la grossesse et de décider s'il est opportun ou non de la confier à une sage-femme, de lui donner accès aux médicaments délivrés uniquement sur ordonnance et aux examens et analyses qui exigent l'intervention d'un médecin. Le code de déontologie des sages-femmes doit prévoir les cas nécessitant des consultations supplémentaires avec les médecins et la mise en rapport des clientes vers ceux-ci; tout ceci devrait être fixé par l'ordre des sages-femmes, conjointement avec les autres organismes professionnels concernés.

Conditions de pratique

Selon le Groupe d'étude, les sages-femmes peuvent exercer efficacement dans le cadre de diverses structures, entre autres les hôpitaux, maternités, cabinets médicaux et consultations privées de sage-femme. Il est inutile d'imposer une formule unique à toutes les collectivités ou à toutes les sages-femmes. L'important, c'est que, quelle que soit la formule adoptée, les soins dispensés par les sages-femmes soient sûrs et efficaces. Voici les conditions à respecter :

- la continuité des soins est assurée;
- les responsabilités de la sage-femme englobent les conseils, l'information et le soutien affectif;
- la sage-femme a accès aux structures hospitalières comme aux structures sociales;
- la sage-femme travaille en collaboration avec des médecins qu'elle peut consulter, à qui elle peut adresser ses clientes et qui peuvent leur prescrire les médicaments, examens et analyses nécessaires;
- la sage-femme exerce de façon autonome dans les limites de sa compétence;
- la sage-femme s'occupe principalement des grossesses à faible risque et des accouchements normaux;
- la sage-femme a l'occasion de se recycler et est soumise à l'évaluation de ses consoeurs;
- la sage-femme bénéficie de conditions de travail raisonnables et d'une rémunération équitable;
- les services répondent aux besoins et préférences des clientes;
- l'efficacité des services fait l'objet d'une évaluation constante;
- les soins dispensés sont d'un bon rapport coût/avantages.

Le Groupe d'étude recommande qu'on établisse un mécanisme d'autorisation pour garantir, dans toute la mesure du possible, le respect de ces conditions par toutes les sages-femmes exerçantes. Tout établissement, groupe ou personne souhaitant dispenser des services de sage-femme devra présenter une demande auprès du ministère de la Santé. En accordant ou en refusant son autorisation, le Ministère pourra ainsi contrôler la qualité et l'efficacité de ces services et garantir une intégration concertée et méthodique des sages-femmes dans le système de santé.

Toutefois, une simple autorisation ne suffira pas à l'intégration de la profession et à la prestation des services : il faut également prévoir des crédits. En annonçant sa décision de reconnaître la profession de sage-femme, le ministère de la Santé a omis de préciser explicitement si le coût des services des sages-femmes sera assumé par les clientes ou la Province. Sur ce point, nous sommes du même avis que la vaste majorité des auteurs des mémoires que nous avons reçus : c'est la Province qui doit défrayer les services des sages-femmes. Il s'est avéré difficile de déterminer un mécanisme convenable de règlement des honoraires des sages-femmes. Au terme de nos réflexions, nous avons conclu que le règlement à l'acte, comme celui qui a cours pour les médecins en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, serait mal adapté et malcommode dans le cas des sages-femmes. Nous recommandons plutôt que le ministère de la Santé subventionne les consultations et services des sages-femmes sous la forme de budgets globaux affectés à des programmes.

À notre avis, les sages-femmes ne devraient pas être autorisées à réclamer leurs honoraires directement à leurs clientes. Leurs soins devraient être accessibles à toutes les femmes et il ne faudrait pas qu'il y ait de sages-femmes «de luxe» dont les services seraient réservés à une minorité de femmes capables de les rémunérer elles-mêmes. Si nous sommes conscients que les crédits alloués par le ministère risquent d'être insuffisants pour rémunérer toutes les sages-femmes dont les services obtiennent l'autorisation au cours d'un exercice donné, à notre avis, la seule exception au principe du financement gouvernemental devrait consister à autoriser des organismes tels que les syndicats, associations bénévoles et caritatives à assurer le finance-

ment complet ou partiel des services de sages-femmes autorisés.

Plus de 99 pour cent des enfants en Ontario naissent à l'hôpital. Il est donc impossible d'intégrer les sages-femmes au système de santé sans leur permettre l'accès aux maternités des hôpitaux. Si on leur interdit de pratiquer dans les hôpitaux, on mettra leurs clientes dans l'alternative suivante : soit accoucher à domicile, soit accoucher à l'hôpital avec l'aide de quelqu'un (un médecin) qu'elles n'auront pas choisi. Au lieu de promouvoir l'accouchement à l'hôpital, l'exclusion des sages-femmes des hôpitaux encouragera les femmes à accoucher chez elles. Cela favorisera également la constitution d'un groupe de sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile à l'écart du système officiel de santé. Nous recommandons donc qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents, de façon à permettre aux hôpitaux d'intégrer les sages-femmes à leur personnel.

L'assurance-responsabilité professionnelle s'impose, pour protéger les sages-femmes et leurs clientes contre les conséquences d'erreurs professionnelles. Malheureusement, l'intégration des sages-femmes au système de santé survient à un moment où il est difficile d'obtenir une assurance-responsabilité professionnelle et où les primes sont élevées. Le Groupe d'étude n'en juge pas moins que l'assurance-responsabilité professionnelle devrait être obligatoire pour les sages-femmes exerçantes, à défaut de quoi, les sages-femmes ne pourraient être entièrement responsables de leurs actes, les médecins se montreraient réticents de travailler en collaboration avec elles et les hôpitaux se refuseraient de les intégrer à leur personnel. Les sages-femmes travaillant en milieu hospitalier et dans d'autres établissements seront couvertes par l'assurance de leurs employeurs, mais celles qui ont une clientèle privée devront souscrire des polices individuelles. Les sages-femmes devraient s'attacher, par l'entremise de leur association professionnelle, à mettre au point un régime d'assurance autofinancé.

Bien que très peu de femmes le choisissent, l'accouchement à domicile reste au centre de bien des contreverses en Ontario. Les médecins et le personnel infirmier s'opposent quasi unanimement à l'accouchement à domicile délibéré, alors que les sages-femmes, elles, jugent que pour certaines femmes convenablement sélectionnées, il n'y a aucun danger d'accoucher chez soi. Plusieurs revues récentes de la littérature scientifique sur le sujet ont abouti à la conclusion que rien ne prouve que l'accouchement à domicile expose les femmes et les bébés à des risques excessifs; en fait, il semblerait que la morbidité (maladie) soit plus élevée chez les femmes accouchées et soignées à l'hôpital, ainsi que chez leurs bébés. Le Groupe d'étude trouve que tous les prestateurs de soins de santé devraient s'accorder à reconnaître qu'il faut améliorer les conditions de sécurité des accouchements partout, y compris à domicile. On diminue les risques de l'accouchement à domicile en sélectionnant soigneusement les femmes pour lesquelles il ne présente pas de contre-indications et en assurant à ces femmes les soins de sages-femmes ou de médecins. Nous recommandons que l'ordre des sages-femmes, conjointement avec des experts médicaux, établisse un protocole d'accouchement à domicile pour aider les sages-femmes à évaluer l'à-propos d'un accouchement à domicile pour leurs clientes. Nous suggérons qu'on recourt également à d'autres moyens d'améliorer la sécurité de l'accouchement à domicile dans le cadre des ressources actuelles.

Formation

L'admissibilité aux études de sage-femme a constitué l'un des aspects fondamentaux du travail du Groupe d'étude. D'une part, les associations d'infirmiers/infirmières et les enseignants des sciences infirmières proposaient que toute personne désireuse de faire des études de sage-femme obtienne au préalable une formation en sciences infirmières; cette formule donnerait aux infirmiers/infirmières un monopole sur la profession de sage-femme. D'autre part, les sages-femmes, les associations de sages-femmes et la plupart des associations de consommateurs trouvaient que tout le monde devait pouvoir faire des études de sage-femme, sans forcément avoir fait des études en sciences infirmières au préalable; cette formule permettrait aux infirmières de devenir sages-femmes, sans pour autant écarter de la profession des gens ayant d'autres formations préalables. Nous tenons pour la seconde formule, que nous qualifions de «filière multiple». Elle se justifie à notre avis parce qu'il s'agit d'une profession autonome et non d'une spécialité des sciences infirmières et qu'elle permettra aussi de tirer meilleur parti des ressources éducatives et d'intégrer plus efficacement les sages-femmes actuelles. Cette formule empêchera en outre la création de deux corps de sages-femmes : un corps réglementé, composé d'infirmières, et un corps «clandestin», non réglementé, dont les membres n'auraient aucune formation en sciences infirmières.

Nous recommandons la création de deux sections pour tenir compte de la formation préalable des élèves. D'un côté, un cursus de quatre ans, menant à un baccalauréat de sage-femme, qui assure une formation complète sur les plans théorique et pratique aux élèves n'ayant aucune formation postsecondaire connexe. D'autre part, il existerait un cursus de 12 à 18 mois à l'intention des infirmières titulaires d'un diplôme universitaire pour leur donner d'une façon accélérée la préparation supplémentaire nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme. Les deux sections doivent être intégrées dans un programme unique dispensé dans un centre universitaire de sciences de la santé, sélectionné par adjudication. Où que le programme soit dispensé, il faudra en favoriser l'accès maximum aux élèves francophones et aux habitants du Nord de l'Ontario, grâce à l'homologation de crédits obtenus dans d'autres universités, pendant des stages cliniques et grâce au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario. Le programme doit se servir des hôpitaux communautaires, des centres de soins communautaires et des cabinets médicaux de tout l'Ontario comme établissements de formation clinique, tant pour assurer aux futures sages-femmes un milieu approprié d'apprentissage que pour soulager les centres hospitaliers universitaires offrant des soins tertiaires.

Le ministère des Collèges et Universités et le ministère de la Santé doivent allouer les crédits nécessaires à une mise en oeuvre solide du programme et au maintien d'un haut niveau d'études. Il faut en particulier prévoir les crédits nécessaires à la rémunération des chefs de cliniques.

Parallèlement à cette préparation universitaire, toutes les sages-femmes qui demandent la permission d'exercer en Ontario devront passer un examen complet administré par l'ordre.

Réglementation de la profession de sage-femme

Le 3 avril 1986, le ministère de la Santé a annoncé que la profession de sage-femme sera réglementée par un ordre propre. Nous avons

envisagé un moment la réglementation de la profession, éventuellement à titre temporaire, par un autre ordre déjà expérimenté, par exemple celui des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Puis, nous avons conclu qu'il était préférable de créer dès le départ un nouvel ordre pour réglementer la profession. Au début, le Conseil de l'ordre des sages-femmes devrait rassembler des experts nommés et des consommateurs; par la suite, les experts seraient remplacés par des sages-femmes élues par le corps de la profession.

À notre avis, il faudrait établir un système d'aggrégation, selon lequel seules les sages-femmes inscrites à l'ordre des sages-femmes auraient le droit d'exercer. Pour aider les consommateurs à s'y retrouver, les titres «sage-femme agréée» et «sage-femme» leur seraient réservés.

Intégration des praticiennes actuelles

Le Groupe d'étude a repéré plusieurs groupes de personnes ayant des qualifications diverses, susceptibles de demander la permission d'exercer, sans devoir entreprendre les études de base de sage-femme. Il s'agit essentiellement d'une cinquantaine de sages-femmes exerçant actuellement en dehors du système de santé officiel et de quelque 900 infirmières. Il serait dommage de ne pas tirer parti de leurs connaissances, de leurs compétences cliniques et de leur expérience. Cependant, il est capital qu'on n'autorise aucune sage-femme à exercer sans avoir préalablement vérifié ses connaissances et compétences cliniques. Nous recommandons la création d'un programme d'intégration des sages-femmes; les candidates qui obtiendraient des résultats satisfaisants aux épreuves écrites et aux examens cliniques seraient placées dans des hôpitaux, où l'on évaluerait leur compétence dans tous les soins que sont censées dispenser les sages-femmes. À l'issue du programme, elles auraient le droit de passer l'examen provincial de sage-femme, en vue d'obtenir la permission d'exercer.

Ce programme ne devant en aucune sorte remplacer les études de base de sage-femme, il faudra ne l'offrir que pendant un temps limité. Les sages-femmes titulaires d'un diplôme de sages-femmes délivré dans d'autres provinces ou pays pourront en demander l'homologation à l'ordre des sages-femmes. Il ne faudra pas délivrer de permis provisoires aux élèves du programme d'intégration pour les autoriser à avoir une clientèle privée pendant ce temps-là; cependant, les femmes qui souhaitent leurs soins pourront les «suivre» dans l'établissement surveillé où elles font leurs stages cliniques.

Effectif nécessaire

Il est très difficile d'évaluer le nombre de sages-femmes qu'il faudra en Ontario; cela dépend de nombreux facteurs, y compris de certaines décisions politiques encore inconnues. L'importance des crédits que le ministère de la Santé allouera à la prestation des services de sages-femmes constituera l'un des facteurs prépondérants; l'effet de ces crédits dépendra de la productivité des sages-femmes et de leur rémunération. Nous avons essayé d'évaluer le nombre de sages-femmes nécessaires, selon la façon dont on usera de leurs services.

À notre avis, on peut raisonnablement se fixer comme objectif la formation de 50 sages-femmes qualifiées dans les deux ans suivant l'intégration de la profession et de 120 sages-femmes après cinq ans. D'ici l'an 2000, il devrait être sorti 150 à 250 sages-femmes diplômées de plus, ce nombre dépendant en partie des sages-femmes formées à l'étranger qui obtiennent la permission d'exercer en Ontario.

Amélioration des soins de maternité

Bien que le Groupe d'étude n'ait pas été chargé d'examiner les possibilités d'amélioration du système général des soins de maternité, nous avons jugé important d'exposer ce que nous avons appris au cours de l'enquête sur l'intégration de la profession de sage-femme. À notre avis, le système pourrait être amélioré de façon relativement peu coûteuse et sans grand bouleversement, grâce aux mesures suivantes :

1. Les médecins, infirmières et hôpitaux pourraient se soucier davantage des besoins psychologiques et affectifs des femmes enceintes et de leur famille.
2. On pourrait assurer une meilleure continuité des soins.
3. Les hôpitaux pourraient tolérer une plus grande souplesse dans leurs méthodes et leurs protocoles.
4. Les hôpitaux pourraient s'efforcer d'améliorer leurs soins sur le plan humain plutôt que sur le plan du décor.
5. On pourrait trouver des moyens de faire part des opinions des consommateurs aux dirigeants des hôpitaux.
6. On pourrait nommer dans chaque hôpital une personne responsable de la mise en oeuvre de ces améliorations.
7. Les hôpitaux pourraient organiser des rencontres pour favoriser la communication entre les médecins et le personnel infirmier.
8. On pourrait employer des ressources, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux, pour dispenser des soins obstétricaux de qualité, conformes aux aspirations de la collectivité.
9. On pourrait renforcer et appuyer le rôle de l'omnipraticien dans le domaine de l'obstétrique.
10. On pourrait atténuer l'espèce de méfiance défensive que provoque la crainte des procès pour erreurs professionnelles.
11. On pourrait renforcer le rôle des infirmières dans les soins de maternité centrés sur la famille.
12. Le ministère de la Santé pourrait favoriser le débat sur certaines questions relatives à l'accouchement et aux soins de maternité.

Sommaire des recommandations

Compétence

1. Le Groupe d'étude recommande que l'Ontario adopte une loi sur les sages-femmes, en vertu de laquelle leur compétence serait définie conformément à la définition internationale.

2. Le Groupe d'étude recommande que la compétence des sages-femmes soit principalement limitée aux soins en rapport avec le cycle de la maternité.

3. Le Groupe d'étude recommande qu'on prévoie des dispositions permettant la délégation d'actes médicaux aux sages-femmes.

4. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes veille à ce qu'on recourt avec modération à la délégation d'actes médicaux sous peine de voir les sages-femmes acquérir la maîtrise de la technologie aux dépens de l'exercice des compétences cliniques qui leur sont propres.

5. Le Groupe d'étude recommande que le code de déontologie des sages-femmes prévoie au minimum deux visites médicales obligatoires pendant la grossesse. Nous recommandons que la première de ces visites ait lieu le plus tôt possible, la seconde entre la 32e et la 34e semaine.

6. Le Groupe d'étude recommande qu'on prévoie une troisième visite facultative pendant la grossesse, au moment jugé opportun par la sage-femme, le médecin concerné ou la femme enceinte elle-même. Nous recommandons que toute visite médicale supplémentaire superflue soit découragée.

7. Le Groupe d'étude recommande que le code de déontologie des sages-femmes prévoie des consultations avec les médecins et la mise en rapport des clientes avec ceux-ci. Nous recommandons que l'ordre des sages-femmes établisse ce code de déontologie conjointement avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que les experts désignés de l'exercice de la médecine et de la profession de sage-femme. Ce code devrait prévoir clairement la différence entre la consultation pour demander un avis, la consultation pour demander un avis et obtenir un traitement et le transfert de soins.

Conditions d'exercice

8. Le Groupe d'étude recommande que toutes les sages-femmes exercent leur profession dans des conditions assurant la prestation de soins sûrs et efficaces.

9. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des services hospitaliers remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

10. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des maternités remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

11. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé élargisse le programme des centres de soins communautaires de façon à leur permettre d'employer des sages-femmes, à condition qu'ils remplissent les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

12. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des services relevant des conseils de santé remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

13. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes travaillent dans des cabinets privés remplissant les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

14. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes et les médecins travaillent en collaboration dans les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces.

15. Le Groupe d'étude recommande qu'on n'autorise aucune sage-femme à exercer en dehors d'un cabinet, d'un service, d'un organisme ou d'un autre établissement de santé agréé par le ministère de la Santé.

16. Le Groupe d'étude recommande qu'on instaure au ministère de la Santé un mécanisme pour l'autorisation des services des sages-femmes en établissements et dans les collectivités. Nous recommandons que les propositions de prestation de tels services soient évaluées par une direction désignée du ministère, en rapport avec le Bureau pour la santé des femmes, et que l'autorisation ne soit accordée que lorsque sont remplies les conditions nécessaires à la prestation de soins sûrs et efficaces. Nous recommandons que le ministère ait le pouvoir de suspendre ou d'annuler l'autorisation d'exercice si les services laissent à désirer, après l'octroi d'un délai de grâce raisonnable.

17. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé nomme un membre de son personnel pour aider les candidates à établir et à présenter leurs demandes pour l'autorisation et le financement du programme.

18. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé subventionne les services de sages-femmes autorisés, dispensés en établissements et dans les collectivités, qu'il s'agisse de sages-femmes travaillant seules, de groupes de sages-femmes, de groupes multidisciplinaires, de conseils de santé, d'organismes communautaires, de médecins ou d'hôpitaux. Nous recommandons que la subvention prenne la forme de budgets globaux affectés à des programmes.

19. Le Groupe d'étude recommande qu'on interdise aux sages-femmes de percevoir leurs honoraires directement ou indirectement de leurs clientes.

20. Le Groupe d'étude recommande qu'on permette aux sages-femmes de percevoir des honoraires pour l'enseignement de cours prénatals.

21. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé ait le pouvoir d'autoriser les organismes tels que les syndicats et les associations bénévoles et caritatives à assurer le financement complet ou partiel des services de sages-femmes autorisés.

22. Le Groupe d'étude recommande qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents de façon à permettre aux hôpitaux d'intégrer des sages-femmes à leur personnel.

23. Le Groupe d'étude recommande qu'on modifie la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements afférents de façon à établir les structures et procédures nécessaires à l'intégration de sages-femmes au personnel des hôpitaux.

24. Le Groupe d'étude recommande que l'assurance-responsabilité professionnelle soit obligatoire pour les sages-femmes exerçantes.

25. Le Groupe d'étude recommande que les sages-femmes, par l'entremise de leur association professionnelle, prennent dès que possible les mesures nécessaires à la constitution d'un régime d'assurance autofinancé.

26. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes établisse un protocole d'accouchement à domicile couvrant l'évaluation des risques et des contre-indications à l'accouchement à domicile. Pour ce faire, l'ordre devrait consulter les organismes professionnels et les pouvoirs concernés.

27. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes prévoie dans son code de déontologie le cas des femmes qui souhaitent accoucher à domicile, malgré les contre-indications, et établissent un service de consultation pour aider les sages-femmes à soigner ces femmes.

28. Le Groupe d'étude recommande qu'on crée un réseau d'unités volantes en Ontario pour faciliter l'accouchement à domicile. Nous recommandons que le personnel soignant et les parents veillent à assurer le transport pendant le travail, en cas de nécessité.

29. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé crée un registre des naissances à domicile où devront être consignés les cas de mortalité ou de morbidité survenus lors de tous les accouchements à domicile réalisés dans la province.

Formation

30. Le Groupe d'étude recommande la création de plusieurs filières menant aux études de sage-femme en Ontario.

31. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme comportent deux sections intégrées : un cursus de quatre ans menant à un baccalauréat de sage-femme et pour les personnes qui bénéficient d'une préparation de niveau universitaire en sciences infirmières, un cursus de 12 à 18 mois menant au diplôme de sage-femme.

32. Le Groupe d'étude recommande que les deux sections fassent partie du même établissement d'enseignement et que les cours, les enseignants, les stages cliniques et les activités des élèves se combinent, se partagent et se confondent.

33. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme relèvent d'une université.

34. Le Groupe d'étude recommande que les études de sage-femme se poursuivent dans l'un des centres de sciences de la santé de l'Ontario.

35. Le Groupe d'étude recommande qu'on recourt au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario pour que le programme de formation des sages-femmes puisse être au moins partiellement dispensé dans les localités du Nord de la province.

36. Le Groupe de travail recommande que la formation clinique du programme s'effectue dans des hôpitaux communautaires et dans des établissements de soins primaires en divers endroits de l'Ontario.

37. Le Groupe de travail recommande que l'université ne limite l'admission ni ne donne la préférence aux candidates qui habitent dans le secteur géographique duquel provient ordinairement la majorité de ses étudiants. Nous recommandons qu'on s'efforce d'accueillir des candidates admissibles de toutes les régions de l'Ontario.

38. Le Groupe d'étude recommande qu'on prenne les dispositions nécessaires pour dispenser les cours théoriques et organiser les stages cliniques destinés aux élèves francophones, grâce à la coopération de toutes les universités.

39. Le Groupe d'étude recommande que le ministère des Collèges et Universités choisisse un centre par adjudication ouverte à tous les centres de sciences de la santé. Nous recommandons qu'il juge les propositions reçues selon des critères en rapport avec les présentes recommandations, notamment le recours au Réseau d'enseignement à distance dans le Nord de l'Ontario, le recours à d'autres universités pour l'enseignement en français, le recours à des stages cliniques en milieu hospitalier et dans des établissements de soins primaires de tout l'Ontario et l'existence de structures permettant les contacts entre élèves sages-femmes et étudiants des sciences infirmières et de médecine.

40. Le Groupe d'étude recommande que la sélection des élèves ne se base pas uniquement sur les résultats scolaires, mais qu'on tienne compte également d'autres facteurs comme la personnalité, la maturité, la motivation, la ressource, le dévouement et l'aptitude aux rapports humains.

41. Le Groupe de travail recommande qu'on tienne compte, pour l'admissibilité aux études menant à un baccalauréat, des élèves que leur expérience (notamment travail, vie familiale et bénévolat) qualifie pour ces études.

42. Le Groupe d'étude recommande qu'on homologue certains diplômes et qu'on accorde certaines dispenses de cours aux élèves désireuses de faire des études de sage-femme.

43. Le Groupe d'étude recommande que le programme du baccalauréat soit structuré sur le modèle que prend actuellement celui du baccalauréat en sciences infirmières, c'est-à-dire «deux ans plus deux ans». Nous recommandons que les cours de sciences humaines, sciences sociales, sciences fondamentales et sciences de la santé se concentrent dans les deux premières années et que les cours plus en rapport avec l'exercice de la profession de sage-femme se concentrent dans les deux dernières années. Nous recommandons, quand c'est possible, que les élèves sages-femmes suivent des cours communs avec les étudiants d'autres disciplines, par exemple, sciences infirmières et physiothérapie.

44. Le Groupe d'étude recommande que les élèves de troisième et de quatrième années de la section baccalauréat suivent des cours communs avec celles de la section diplôme et qu'il n'y ait aucune différence dans les stages cliniques des deux sections (avec pour exception les stages cliniques portant sur d'autres aspects des soins infirmiers, pour les élèves de la section baccalauréat).

45. Le Groupe d'étude recommande que les stages cliniques s'effectuent dans des hôpitaux communautaires dotés de services d'obstétrique de niveau I et de niveau II, dans des centres de soins communautaires et dans des cabinets médicaux en divers endroits de l'Ontario.

46. Le Groupe d'étude recommande que le ministère des Collèges et Universités ou le ministère de la Santé alloue des crédits pour la rémunération des chefs de cliniques des élèves sages-femmes.

47. Le Groupe d'étude recommande que le programme de formation favorise activement l'organisation de stages cliniques dans d'autres provinces ou territoires et aide les élèves que cela intéresse.

48. Le Groupe d'étude recommande que les études comportent de nombreuses expériences cliniques, y compris examens, surveillances de grossesses et soins des femmes enceintes, accouchements, examens post-natals et examens de nourrissons. Nous recommandons que les conditions soient les mêmes pour les élèves de la section baccalauréat et celles de la section diplôme.

49. Le Groupe d'étude recommande qu'on alloue des crédits pour le programme de formation des sages-femmes et que les crédits initiaux couvrent les frais d'élaboration des programmes, d'embauchage des enseignants et d'organisation des stages cliniques, ainsi que les dépenses en immobilisations nécessaires pour l'obtention de locaux, par exemple. Nous recommandons également qu'on octroie par la suite des subventions de fonctionnement appropriées.

Réglementation

50. Le Groupe d'étude recommande que la profession de sage-femme soit réglementée selon un système aggrégation.

51. Le Groupe d'étude recommande que les titres «sage-femme» et «sage-femme agréée» soient protégés.

52. Le Groupe d'étude recommande la création d'un nouvel ordre des sages-femmes, chargé de réglementer la profession.

53. Le Groupe d'étude recommande que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme 13 membres, qui siégeraient au Conseil de l'Ordre des sages-femmes comme bon leur semble.

54. Le Groupe d'étude recommande qu'on choisisse des représentantes parmi les élèves du programme d'intégration des sages-femmes et parmi les sages-femmes formées à l'étranger et qui attendent leur homologation, pour servir de liaison et donner des conseils au Conseil provisoire.

55. Le Groupe d'étude recommande qu'on nomme trois sages-femmes au Conseil le plus tôt possible, choisies parmi les sages-femmes agréées ayant suivi le programme d'intégration des sages-femmes et parmi les sages-femmes formées à l'étranger dont le diplôme a été homologué. Nous recommandons que le nombre de sièges au Conseil réservé aux sages-femmes augmente progressivement jusqu'à un maximum de deux tiers du nombre total de représentants. Nous recommandons que les sages-femmes nommées au Conseil remplacent les représentants des autres disciplines plutôt que les représentants des consommateurs. Nous recommandons en outre que les sages-femmes soient élues au Conseil plutôt que nommées, dès que leur nombre le permettra.

56. Le Groupe d'étude recommande qu'à plus long terme, le Conseil permanent de l'ordre des sages-femmes se compose de neuf à quinze membres élus par les sages-femmes agréées, de trois à cinq membres représentant le grand public, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, et d'une personne nommée par l'université dans laquelle est dispensé le programme de formation des sages-femmes.

57. Le Groupe d'étude recommande que le Conseil soit tenu de constituer un comité exécutif ainsi que des comités chargés de l'inscription, de la capacité d'exercice, du contrôle permanent de la compétence, des plaintes et de la discipline.

58. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes partage les services administratifs, les locaux et le personnel d'un ou plusieurs autres ordres de professions de la santé sans liens avec lui.

59. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes détermine les critères d'homologation des sages-femmes formées à l'étranger. Nous recommandons que ces critères portent sur l'équivalence de la préparation, la récence et la pertinence de l'expérience pratique.

60. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes établisse et fasse subir un examen à toutes les sages-femmes désireuses d'obtenir la permission d'exercer en Ontario.

61. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes, par le biais du comité de contrôle de la compétence permanente, établisse des systèmes pour contrôler en permanence la compétence.

62. Le Groupe d'étude recommande que l'ordre des sages-femmes ait le pouvoir de poursuivre les personnes contrevenant à la législation sur la profession de sage-femme.

63. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé subventionne la création et le fonctionnement permanent de l'ordre des sages-femmes jusqu'à ce que la profession compte assez de membres pour pouvoir y subvenir entièrement elle-même.

Intégration

64. Le Groupe d'étude recommande qu'on crée un programme d'intégration des sages-femmes dans le but d'intégrer les personnes exerçant déjà la profession de sage-femme.

65. Le Groupe d'étude recommande que ce soit le même établissement d'enseignement qui s'occupe du programme d'intégration que du programme de formation de base des sages-femmes.

66. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé et le ministère des Collèges et Universités allouent les crédits nécessaires au programme d'intégration des sages-femmes.

67. Le Groupe d'étude recommande que le programme d'intégration des sages-femmes ne soit offert que pendant une période limitée.

68. Le Groupe d'étude recommande qu'on ne délivre pas de permis provisoires aux élèves du programme d'intégration des sages-femmes, qui les autorisent à exercer en dehors du programme.

Effectif nécessaire

69. Le Groupe d'étude recommande que le ministère de la Santé et le ministère des Collèges et Universités coordonnent la planification des ressources humaines pour la formation des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins.

70. Le Groupe d'étude recommande que les organes représentant le personnel infirmier, les médecins et les sages-femmes s'occupant de planification de ressources humaines tiennent compte du rôle des autres professions dans la prestation des soins aux mères et aux nourrissons dans leurs mémoires au gouvernement.